

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

alle meine mich behandelnden Ärzte, Hausärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Chef- Ober- und Stationsärzte von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle ärztlichen Dokumentationen (Untersuchungsbefunde, Arzt- und Krankenhausberichte, Beurteilungen, Bildmaterialien/Röntgenbilder pp., ärztliche Gutachten jeglicher Art) über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung nebst Befund und Stellungnahme

an **Anwaltskanzlei Paliakoudis, Bahnhofstr.33, 71409 Schwaikheim**

Telefon: 07195/58 85 200, Fax: 07195/58 85 201, info@paliakoudis.de

herausgegeben und ausgewertet werden dürfen. Auch bin ich mit der Übersendung dieser Daten an Schadenersatzverpflichtende (Versicherer) einverstanden.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift